

(Tartu ülikooli II haavakliinikust. Juhataja: prof. K. Konik.)

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi kirurgiline ravi ja selle tagajärjed pikema ajavahemiku järel vaadatult Tartu ülikooli II haavakliinikus.

Artur Linkberg.

Maohaavand (mh.) kui ka kaksteistsõrmikuhaavand (kh.) kuulub haiguste hulka, millede ravi veel möödunud sajandi lõpul oli täiesti sisemeditsiiniline ja alles peale maailmasõda hakkas ikka enam ja enam kirurgele üle minema. Võrreldes eelmiste aastaiga on eriti viimase aastakümne jooksul maooperatsioonide arv mh. ja kh. puhul igas suuremas kliinikus mitmekordseks paisunud. Ei usu, et siin on tegemist maohaiguste sagenemisega, kuid arenenud tehnika ja täienenud uurimismeetodite abil on arstel kergem mh. ja kh. diagnoosida, samuti on tänu tervishoiupropagandale ja arstidevõrgu tihenemisele inimesed rohkem haigusist teadlikud, panevad enam rõhku oma tervisele ja tulevad sagedamini kliinikusse.

Viimasel ajal on mh. ja kh. eksperimentaalselt väga mitmesuguste keemiliste preparaadega loomadelt esile kutsutud. Nende histoloogilisel uurimisel on leitud, et mõned neist oma mikroskoopilis-anatoomiliselt oluliselt sarnlevad väga inimese mh-eiga ja kh-eiga.

Nii leidis H a n k e kassidel kroonilisi mh-eid, mis oma bioloogiliselt oluliselt sarnlevad inimese mh-eiga ja mida ta kassidel kutsus esile kofeiini süstimisega (0,2—0,3 g päevas parenteraalselt) kahe kuu jooksul. J. M i t t süstis merisigadele 0,1% histamiinilahust (subkutaanselt 0,25—0,55 mg pro 100 g kehakaalule) 7 päeva järjest ja leidis peale seda nende maos kui ka peensooles ühe või mitu haavandit, mille ümbrus oli tugevasti hüperemiline.

Edasi läks tal korda kindlaks teha, et histamiiniga mh-ite tekitamine on takistatud, kui enne histamiini süstimist looma toita kilpnäärmepreparaadiga või süstida adrenaliini. Samuti leidis J. M i t t, et haavand tekib palju kiiremini, kui kilpnääre eemaldada.

W a g e n e r'il, C h u r c h i l l'il ja paljudel teistel läks korda koortele *cinchopen*'i sisse andes esile kutsuda kroonilisi mh-eid. Need mh-id erinevad H a n k e poolt kassidele *atophanyl*'i süstimise abil esile kutsutud mh-eist selle poolest, et viimasel juhul oli kogu mao limaskest põletikus ja üle külvatud väikeste haavandikesiga ja omas enam ägeda katarri kuju (*gastritis acuta ulcerosa*). Peale ülalmainitud keemiliste preparaatide on veel paljude teiste salitsüüligruppi kuuluvate preparaatide abil korda läinud kroonilisi mh-eid esile kutsuda.

Kuid vaatamata kõigile neile eksperimentaalseile uurimisele, ei ole mh-i kui ka kh-i etioloogia veel selge. On olemas vaid mitmed ülesseatud teooriad, milledest kõige tõenäolisemad ja kõige rohkem pooldamist on leidnud 1) Bergmann'i neurogeenne teooria, 2) Aschoff'i funktsionaal-anatoomiline teooria ja 3) Rössle õpetus mh-eist kui sekundaarsest haigusest.

Vaade mh-ile ja kh-ile kui üldisele konstitutsionaalsele haigusele on ära jäänud, kuna viimaste kirurgilised ravitulemused on näidanud, et siin on ikka rohkem lokaliseeritud haigusega tegemist. Vaevalt on siin ükski ültähendatud teooriaist üksi puhtal kujul mh-i või kh-i tekkimise põhjustajaiks, küll aga on tõenäone, et tähendatud teooriaist mitmesuguste faktorite mõjude kombinatsioonid võivad mh-i ja kh-i esile kutsuda, kusjuures HCl ja sümpaatilisel kui ka parasümpaatilisel erkkonnal on väga suur tähtsus.

Juba 1859. a. leidis R o k i t a n s k y nende laste kui ka täiskasvanute magudes muutusi, kelledel oli *hydrocephalus* või mõni muu suurem peaju anatoomiline defekt. Ameerika neurokirurg C u s c h i n g kirjeldas 1932. a. gastromalaatsiat ja haavandeid ülemises gastrointestinaalses traktuses peaju vigastuste ja haiguste puhul. Nii leidis C u s c h i n g otsmiku

sagara mädaniku puhul, kus ka meningiit esines, gastromalaatsia ühes maoperforatsiooniga, teisel juhul ägeda entsefaaliidi puhul, mil vegetatiivne erkkond oli tublisti vigastatud, mao erosioone ja söögitoru perforatsioone. Edasi kirjeldas sama autor gastromalaatsiat ja maoperforatsioone ajukese (*cerebellum*) kasvaja puhul. Niisuguseid gastromalaatsia juhte ühes mh-iga ja kh-iga on C u s c h i n g leidnud veel paljudel teistel haigeil, kellel olid peaajuksvajad või mädanikud ühes ajukelmete põletikuga või ka ilma selleta. C u s c h i n g arvas neid muutusi maos parasümpaatilise erkkonna ärritusest tekkinud olevat, mida tal ka korda läks tõendada süstides peaaaju vatsakesse keemilisi aineid.

Nagu erkkonnal on suur tähtsus mh-i ja kh-i tekkimisel, samuti on HCl mao haavandite tekkimisel ja maole, eriti *pylorus*'e funktsioonile üldse, suur mõju, mida S h a y eksperimentaal-röntgenoloogiliselt tegi kindlaks inimesil. S h a y leidis kontrastpudrule HCl lisandamisega, eriti anatsiidsuse puhul, tugeva *pylorus*'e spasmi, kusjuures mao tühjenemine oli tugevasti raskendatud. See mao tühjenemise takistus oli veel suurem kui HCl süstiti otse kaksteistsõrmikusse. Hüperatsiidsuse puhul leelise lisandamisega kiirenes mao tühjenemine. Edasi tegi S h a y kindlaks, et mao tühjenemine on sõltuv toonusest: *pylorus*'e normaalselt lahti olles ta tõmbub kokku HCl makku süstimisel, eriti kui viimane on sattunud kaksteistsõrmikusse. Nagu ülalkirjeldatust selgub, võib mh-it ja kh-it eksperimentaalselt väga paljude keemiliste ainega esile kutsuda, samuti võib ta tekkida ka keskeerkkonna häirete tagajärjel, sarnledes oma bioloogiliselt ehituselt täiesti inimese mh-iga. Vaatamata sellele, et meil mh-i ja kh-i etioloogia jätab veel mõndagi soovida, on siiski selle ravi suhtes enamvähem selgusele jõutud. Praegusel ajal pooldatakse seda vaadet, et värskeil, mitte veel täiesti väljaarenenud mh-i, vaid enam nn. gastriidi tunnuseid evivail juhtudel annab sisemeditsiiniline ravi häid tagajärgi. Kui aga on tegemist täiesti väljakujunenud mh-i või kh-i (nišš) retentsiooni nähtudega või haavandi perforatsiooniga, samuti kui tekib pahaloomuse degeneratsiooni kahtlus, siis peab kirurgilist ravi tarvitama.

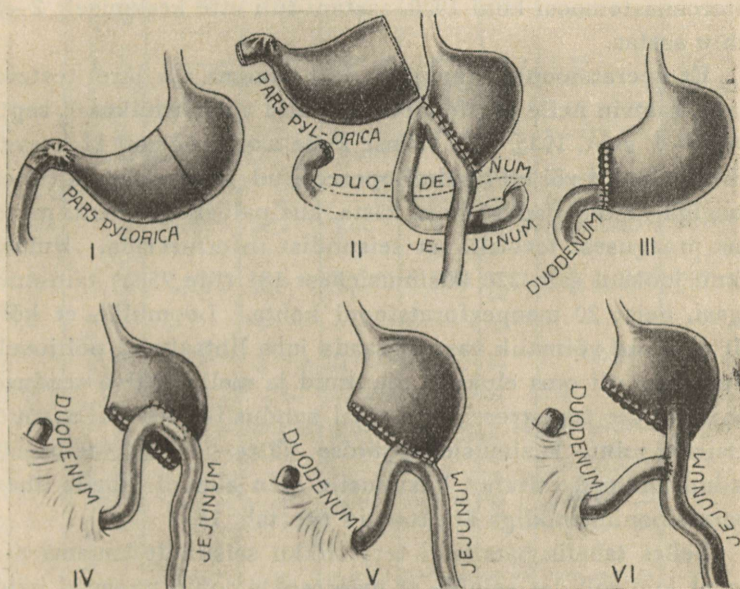
Verdjooksu mahi ravi suhtes ei ole veel täiesti üksmeelsele otsusele jõutud, ühed pooldavad siseravi, teised kirurgilist. Silmas pidades asjaolu, et mõnikord verejooks maost võib ilma nähtava haavandita esineda, olles vaid mõne väikese limaskestast veresoonekesse rebenemise põhjustatud, soovitab Haberer ainult säärase maoverejooksude puhul kohe opereerida, kus haavand kui niisugune on kindlaks tehtud. Isiklikult asun seisukohal, et seesuguste verdjooksvate mahi- ja kh-i puhul ei tule oodata, vaid kui kontrollides selgub, et hemoglobiini hulk väheneb, siis tuleb kohe opereerida eemaldades üle poole magu. Häid tagajärgi saavutame siis ka neil juhtudel, kus täiesti väljaarenenud haavandit ei ole leida, vaid kogu mao limaskest (harilikult *pars praepylorica*) veritseb.

Viimasel ajal leidub kirjanduses sageli andmeid mahi- ja kh-i ravist histidiin-larostidiinipreparaatidega ning mitmed autorid on väga rahul oma ravitulemusiga, süstides larostidiini intramuskulaarselt. Neist kirjeldusist selgub, et larostidiin mõjub väga hästi värskesse, verdjooksvaisse mahi- ja kh-isse ja on isegi võimeline suurt kallooset haavandi nišši ära parandama, mitte üksi subjektiivselt, s. o. valukaotavalt, vaid ka objektiivselt, sest röntgenoloogilisel kontrollimisel olevat haavandi nišš täiesti kadunud.

Nii kirjeldas B a u k e röntgenoloogiliselt kindlakstehtud mahi- ja kh-i ravi tagajärgedest larostidiiniga 2 aasta vältel 90 haigel ja leidis need enam kui rahuldavad olevat. B a u k e kirjeldab palju juhte, kus juba peale 10—21 intramuskulaarse larostidiinisüste väga rasked verdjooksvad mahi- ja kh-id on paranenud, patsiendid olla selle aja jooksul kuni 4 kg kaalus juurde võtnud ja tundvat juba üle 1½ aasta endid terveina ja töövõimelisina. Samuti on B a u k e kirjandusest üle 1000 mahi- ja kh-i juhu kogunud, mil larostidiinravi olevat andnud väga häid tagajärgi ja ainult 9,6% ravikatseist on tagajärjeks osutunud, missugused tema arvates kuuluvad kirurgilisele ravile. B a u k e soovitab ühel ajal larostidiiniga anda C-vitamiinipreparaate, leides, et siis paranemine toimub kiiremini. Viimast asjaolu seletab B a u k e sellega, et iga põle-

tiku, samuti ka mh-i ja kh-i puhul, organism kannatab C-hüpo-
vitamiinose all.

Olgugi, et ülaltoodust on näha mh-i ja kh-i ravi tagajärgi
larostidiini preparaadiga, on see ravimeetod praegu siiski alles
katsetamisajajärgus ja minu arvates tuleks seda võtta väga
kriitiliselt seesuguste mh-i ja kh-i juhtude ravimisel, mil
kirurgiline indikatsioon on näidustatud.



Joonis 1. Maoreseksioone. (Osa jooniseid on toodud Kirschner'i
„Operationslehre“ järel.)

I — Ulcus pylori puhul eemaldatav mao osa (kõige sagedamini esinev). II —
Krönlein, Reichel-Polya. III — Billroth I. IV — Billroth II. V — v. Eisels-
berg. VI — Roux.

Mis puutub operatsiooni meetodisse, siis on viimasel ajal
reseksioonimeetod kui radikaalne ravivahend, täiesti ees-
õigustatud seisukohal endise palliatiivse (gastro-enteroanas-
tomoosi asemel ja seda täiesti põhjendatult, sest: 1) mao-
reseksioon, eemaldades haavandid, kaitseb viimast pahaloo-
museks kasvajaks degenerereerumise ja korduvate verejooksude

eest, 2) *ulcus pepticum*'i tekkimine anastomoosi kohal maoreseksiooni tagajärjel on väga haruldane ning ei esine peaaegu kunagi, sest gastro-enteroanastomoosi puhul see on võrdlemisi sagedane komplikatsioon ja on siis ainult kirurgiliselt ravitav, millise operatsiooni läbiviimine on aga palju raskem kui seda oleks olnud esialgne maoreseksioon. Isiklikult ei ole ma 11 aasta jooksul peale maoreseksiooni ühtegi *ulcus pepticum*'i juhtu näinud, kuna viimaseid peale gastro-enteroanastomoosi kuni 1930. aastani tuli ette keskmiselt 2—3 juhtu aastas.

Et operatsioonide tagajärgedest kauema aja järel teateid saada, saatsin neile patsiendele, kes olid ajavahemikus 1. sept. 1929 — 1. sept. 1935, s. o. viimse kuue aasta jooksul II haavakliinikus mh-i või kh-i puhul opereeritud, küsimuslehed (ühes margiga vastuse jaoks) koju kätte, kus palusin patsienti mind oma praegusest tervislikust seisundist informeerida. Umbes 3 kuu jooksul sain 220 küsimuslehest 181 (üle 75%) täidetult tagasi, neist 20 maoperatsiooni kohta. Loomulik, et kõigilt ei olnud võimalik vastust saada juba lihtsalt sel põhjusel, et patsient oli oma elukoha muutnud ja meil kehtiva seaduse põhjal ei ole registreerimine maal sunduslik, nii ei saanud patsient minu küsimuslehte üldse kätte. Neist vastuseist saadud andmed esitatud küsimusile olen allpool tabelis ühes operatsioonimeetodiga ära toonud (vt. tab. 1).

Selles tabelis patsiendi tervislikku seisundit kauema aja tagant kontrollides selgub, et maoreseksioonid annavad häid tagajärgi (56,2+36,8) 93%, kuna gastro-enteroanastomoosi puhul 82,3% patsiendest endid hästi tunnevad. Samast tabelist selgub, et üle 80% patsiendest teevad kehalist tööd. Mis puutub isusse, siis on see peaaegu kõigil hea või rahuloldav ja ainult väheseil halb. Suur enamus on peale operatsiooni hakanud sööma harilikku toitu ja ligi 75% kõigist patsiendest jälle tarvitama alkoholi, olgugi et kliinikust lahkudes soovitati viimase tarvitamises olla tagasihoidlik. Mis puutub kehakaalusse, siis tõuseb see tublisti peale maoperatsiooni, eriti neil juhtudel, mil enne esinesid stenoosi nähud ja haiged olid nälgimise tagajärjel väga kurnatud. Isiklikult

Tabel 1. Tartu ülikooli II haavakliinikus 161 opereeritud mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi ravitulemused 6 aasta vältel (1. sept. 1929 — 1. sept. 1935).

		Resektsioon 144 juhtu								Gastro-enteroanast. 17 juhtu				Märkus
		1929	1930	1931	1932	1933	1934	Kokku	% 0/0	1929	1930	Kokku	% 0/0	
Praegune tervisl. seisund	hea	14	10	13	12	20	12	81	56,2	3	1	4	23,5	
	rah.	6	9	12	9	8	9	53	36,8	9	1	10	58,8	
	halb	1	2	2	3	1	1	10	6,9	2	1	3	17,8	
Töö	kerge f.	5	6	10	7	6	14	48	34	2	1	3	17,6	10,6% mao- resek. kohta puuduvad
	raske f. vaimne	6	15	15	15	18	8	77	53,4	10	2	12	70,5	
		—	—	—	—	3	—	3	3	2	—	2	11,7	
Söögiisu	hea	7	13	17	16	20	15	88	61,1	9	1	10	58,8	
	rahuld.	14	8	8	6	8	5	49	34	5	1	6	35,3	
	halb	—	—	2	2	1	2	7	4,8	—	1	1	5,9	
Alkoh. tarvit.	palju	1	—	2	1	1	2	7	4,9	1	—	1	5,9	
	keskm.	12	16	17	18	13	16	92	63,9	9	1	10	58,8	
	ei	8	5	8	5	15	4	45	31,2	4	2	6	35,3	
Toit	harilik	15	20	24	24	27	17	127	88,2	13	3	16	94,1	
	piima	6	1	3	—	2	5	17	11,8	1	—	1	5,9	
Tõus keha- kaalus	1—5 kg	12	13	2	8	14	7	56	38,8	7	—	7	41,2	7,1% maore- sek. ja 23,5% g.-e. kohta andmed puu- duvad
	6—10	—	4	5	8	7	5	29	20,1	2	1	3	17,7	
	11—15	3	1	6	3	5	3	21	14,6	2	—	2	11,7	
	16—20	2	3	7	3	2	1	18	12,5	—	—	—	—	
	21—25	1	—	1	1	1	—	4	2	—	—	—	—	
Langus keha kaalus	1—5	1	—	1	—	1	—	3	2,1	—	—	—	—	
	6—10	—	—	1	1	—	—	2	1,1	—	1	1	5,9	
	16—20	1	—	—	—	—	—	1	0,7	—	—	—	—	

olen näinud patsienti, kes 3 aastat peale maoreseksiooni mh-i puhul oli 24 kg kaalus juurde võtnud.

Peale harilikkude mh-i ja kh-i patsientide vastas veel 20 maoperatsiooni puhul opereeritud patsienti. Kõigi nende tervislik seisund oli hea. Lisaks käisid endid 28 patsienti, kellel oli enam kui 1½ aastat maoreseksioonist möödunud, kliinikus näitamas. Nende maomahla uurides selgus, et kõigil olid väga madalad maohappesuse andmed endiste andmeiga võrreldes ja mõnel esines täieline anatsiidsus. Huvitav oli jälgida samade patsientide maofunktsioone röntgenikiirtega. Kui peale maoreseksiooni viimane tühjenes väga kiiresti, siis neil patsiendil, kellel oli operatsioonist möödunud üle aasta, ei tühjenenud magu enam nii kiiresti, vaid mao ja soolte ühinemise kohale oli tekkinud mingisugune *pylorus*'e taoline ring, mille kaudu kontrastpuder valgus aeglaselt sooltesse, nii et mao tühjenemine vältas 1—2 tundi. Ülalmainitud 221 mh-i ja kh-i juhule, mis kuni 1. sept. 1935 olid opereeritud ja millede üle ma andmeid kogusin, olen lisanud viimase aasta, s. o. 1. sept. 1935 kuni 1. sept. 1936 mh-i või kh-i puhul tehtud 130 mao operatsiooni, ja nii saame ülevaate 7 aasta jooksul II haavakliinikus kirurgiliselt ravitud mh-i ja kh-i juhtudest. Olen selle ajajärgu valinud just seepärast, et sellest ajast alates hakati II haavakliinikus peamiselt mh-i puhul maoreseksiooni kui radikaalset kirurgilist ravimeetodit tarvitama.

Tabel 2. II haavakliinikus kirurgiliselt ravitud mh-i ja kh-i operatsioonide meetodid ja viimaste arv.

Maoreseksioonid:	Arv
v. Eiselsberg	78
Reichel-Polya	175
Billroth I	9
„ II	13
<hr/>	
Kokku	275
Gastro-enteroanastomoos	22

Tabelis 2 on operatsioonimeetodid ühes piltidega toodud.

Nagu tabelist näha, on kõige sagedamini v. Eiselsberg'i ja Reichel-Polya meetodeid tarvitatud. Need on meetodid,

mis nüüdsel ajal on kõige rohkem levinud, ainult on meil Reichel-Polya meetodi kasutamise korral, kus anastomoos on väga lai, esinenud võrdlemisi sageli (umbes 10% patsientdest) kõhulahtisus. See on nähtavasti sellest tingitud, et toit satub maost liiga ruttu ja ettevalmistamatult sooltesse ja sooled pole seesuguse „toore“ toiduga veel harjunud. Neist 275 opereeritud juhust on surnud 30 patsienti (10,9%).

Tabel 3. Surmapõhjused peale maohaavandi ja kaksteistsõrmiku operatiivset ravi.

Peale maoreseksiooni:	Peale gastro-enteroanastomoosi:		
Südamenõrkus	13	Südamenõrkus	2
Peritoniit	7	Sepsis, parotiit	2
Mao verejooks	1		
<i>Ileus post resect. ventriculi</i>	2		
Kopsutbk.	2		
Sepsis, parotiit	2		
Emboolia	3		
	<hr/>		
	Kokku		Kokku 4
	30		

Tabelis 3 on surmapõhjused üksikult toodud.

Kui vaadelda surmapõhjust, siis selgub tabelist, et 13 juhul esines südamenõrkus. Need on juhud, mil haige oli väga kurnatud kas nälgimise või korduvate verejooksude tagajärjel suurest kalloossest haavandist, kus isegi operatsiooni ajal tekkis kahtlus, kas siin ei ole tegemist pahaloomuse haavandi degeneratsiooniga. Niisuguseil juhtudel ei saa suremust kuidagi operatsiooni arvele panna, samuti ka neid kahte juhtu, mil haigel oli lahtine kopsu tbk. ja täieline *pylorus*'e stenoos. Peale operatsiooni arenes kopsu tbk. väga kiiresti ja üks patsient suri 2 nädalat, teine $1\frac{1}{2}$ kuud peale operatsiooni. Nii jääks üle 15 surmajuhtu, mis otseselt oleksid seotud operatsiooniga (nende hulgas on ka 3 emboolia juhtu), ja mis maoreseksiooni kohta arvestatult moodustab 5,4%. Samal ajal on veel 22 gastro-enteroanastomoosi tehtud, korradel kus magu enam midagi läbi ei lasknud ja patsient oli üldiselt väga nõrk. Neist suri 2 südamenõrkuse ja 2 sepsise tagajärjel, mis oli parootisest välja läinud. Pean mainima, et

sääraseil nõrkadel haigeil, kellel organismi vastupanu on väga väike, osutub parotiit sagedaseks komplikatsiooniks.

Samal ajavahemikul on II haavakliinikus 53 mao või kaksteistsõrmiku perforatsiooni juhtu opereeritud (vt. tab. 4).

Tabel 4. Maohaavandi ja kaksteistsõrmikuhaavandi perforatsioonide kirurgilise ravi meetodid ja suremus.

	Üldarv	Surmajuhud	Suremuse %
Gastro-enteroanastomoos	11	8	72
Resektsioon	42	10	23,9
Surmapõhjus: Peritoniit	17		
Teetanus	1		

Nagu tabelist selgub, on 11 juhul perforatsioonivaus lihtsalt kinni ömmeldud ja gastro-enteroanastomoos tehtud; nendest suri 8. Need kõik olid juhud, kus oli perforatsioon juba üle 24 tunni vana, üldine peritoniit juba täiesti välja arenenud ja patsiendi südametegevus väga nõrk. Perforatsioonidel, mis olid vähem kui 24 tundi vanad, kõrvaldati kõikidel haavand resektsiooni abil, maoperforatsiooni kohta võrdlemisi heade tagajärgedega.

Edasi on tabelist näha, et 17 juhul surma põhjustas peritoniit ja ühel juhul teetanus. Viimane esines ühel 60-aastaselt patsiendil, kes aiatöölisena järsku viljapuude istutamisel tundis suurt valu ja sõitis otse kliinikusse, kus selgus maoperforatsioon. Patsient opereeriti kohe, ta paranes hästi ja haav oli juba kinni kasvanud, kui 10. päeval tekkis teetanus, mis esines võrdlemisi raskel kujul; 11. päeval haige suri. Sel juhul kindlasti teetanusepisik sattus maohaavandi kaudu kõhuõõnesse, tekitades ülalmainitud haiguse.

Nagu näha, annab maoresektsioon ka perforatsiooni puhul häid tagajärgi, kui haige transporditakse kiiresti kliinikusse, sest sel puhul on resektsioon palju kergem ja kiiremini läbi viidav kui vana kroonilise haavandi puhul, sest siin puuduvad harilikud tugevad liited. Mis puutub patsiendi haavandioperatsiooniks ettevalmistamisse, siis selleks on katsutud võimalikult vähe patsienti näljutada. Eelmisel päeval saab haige viimast korda lõuna ajal vedelat toitu, siis puhastatakse kõht ja õhtul süstitakse 300 ccm 8—10% glükoosilahust intravenoosselt ja operatsioonipäeval pool tundi enne operatsiooni

atropinum sulf. ühes *cardiazol*'iga. Atropiin takistab limaskestade sekretsiooni, haigel kogub vähe lima suhu ja bronhidesse, mille tagajärjel postoperatiivsed kopsupõletikunähud esinevad nüüd väga harva, vaatamata sellele, kas opereeriti üldnarkoosiga või kohaliku anesteesiaga.

Kõiki ülaltoodud andmeid kokku võttes leiame, et kõrvaldades mh-i või kh-i reseksiooni abil saame palju paremaid tagajärgi, kauema aja järel vaadatult, kui gastro-enteroanastomoosi tehes. Seepärast tuleb reseksiooni igal võimalikul juhul pooldada, kui vähegi on loota, et patsient talub operatsiooni, ja mitte piirduda gastro-enteroanastomoosiga teades, et mittetervistumise % viimasel juhul on kaunis suur ning komplikatsioonina võib kaasuda veel haavandi pahaloomune degeneratsioon kui ka *ulcus pepticum jejuni*.

Kirjandus.

Bauke, E.: Röntgenpraxis 1936, H. 10; Münch. med. Wschr. 1935, nr. 22, 892. — Doberer, J.: Chirurg 1936, nr. 8, 509. — Fischler, F.: Münch. med. Wschr. 1929, nr. 19, 791. — Haberer, H.: Vort. a. d. prakt. Chirurg. Hrsg. v. Erich Lexer. H. 9. — Hartleb, H. O.: Med. Klin. 1930, nr. 14, 540. — Jonson, S. O.: Acta chir. scandin. 78, 362, (1936). — Hanke, H.: Klin. Wschr. 1934 978. — Masten, Mabel ja Bunts: Arch. int. med. 54, 916, (1934). — Mitt, J.: Folia endocrin. jap. 10, H. 2, (saksakeelne kokkuvõte). — Oefelein, Felix: Klin. Wschr. 1935, nr. 45, 1599. — Petřivalsky, J. Č.: Chir. 1934, nr. 13, 5, (prantsuskeelne kokkuvõte). — Shay, Harri ja Gershon-Cohen: Surg. etc. 58 935, (1934). — Spencker, H.: Dtsch. med. Wschr. 1935, nr. 18, 713. — Starlinger, F.: Arch. f. Klin. Chirurgie 160, 409, 419. — Wulff: Ärztiges Lund. Sitzg. v. 28. 03. 1933.

Résumé français.

A. LINKBERG: Du traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodenum et ses résultats après une période de temps plus prolongée, d'après les données de la II Clinique Chirurgicale de l'Université de Tartu.

L'auteur expose un bref aperçu de l'étiologie et du développement du traitement des ulcères de l'estomac et du duodenum, décrit ensuite des expériences exécutées dans le but de provoquer les ulcères mentionnés, avec de la caféine pour les chats et de l'histamine pour les cobayes, cite des cas mentionnés dans la littérature médicale concernant le traitement à la larostidine des ulcères de l'estomac et du duodenum, et termine en mentionnant des cas ana-

logues traités à la II Clinique Chirurgicale de l'Université de Tartu.

Ayant fait une enquête parmi les 221 malades opérés pour ulcères de l'estomac et du duodenum à la clinique citée plus haut, dans le courant de 6 années (1929—1935), il en a obtenu plus de 75% de réponses, desquelles il ressort que quant aux résultats des résections de l'estomac, contrôlés après un certain laps de temps, 93% ont été constatés excellents, tandis que les gastro-entéroanastomosés ont donné 82,3% de bons résultats. Plus de 80% des malades en considération s'occupent de travaux physiques pénibles et 75% ont pu revenir à leur alimentation normale.

Chez tous les malades opérés on a pu constater, lors du contrôle, un pourcentage d'acide gastrique très insignifiant ou une anacidité totale.

Plus loin l'auteur décrit 350 cas d'ulcères de l'estomac et du duodenum, opérés à la II Clinique Chirurgicale de l'Université de Tartu, en exposant la méthode opérative employée et les dessins correspondants, desquelles il ressort qu'on a effectué 275 résections de l'estomac, principalement Reichel-Polya, avec 5,4% de mortalité (embolies, péritonites etc.), tandis que la mortalité générale, à la suite de diverses complications (tuberculose, parotidite, septicémie etc.), s'élevait à 10,9%.

Pendant la même durée de temps, 53 cas d'ulcères de l'estomac et du duodenum ont été opérés pour cause de perforation, dont 42 cas par résection (mortalité 23,9%), et 11 cas par gastro-entéroanastomose (mortalité 72%). La gastro-entéroanastomose n'a été exécutée que lors de cas où plus de 48 heures s'étaient écoulées après la perforation.

Ensuite l'auteur donne un bref aperçu de la préparation des malades pour des opérations de l'estomac et de l'alimentation du malade après l'opération, qui commence par la bouche déjà 24 heures après celle-ci, de sorte que le malade ne se voit réduit au jeun total que pendant 36 heures, en y comptant la période précédant l'opération et celle qui la suit.

L'auteur résume son ouvrage en constatant que dans le traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodenum, c'est la résection qui donne les résultats les plus satisfaisants, et il la recommande de bonne foi, en conseillant même lorsque il s'agit de cas de perforation d'ulcères de l'estomac et du duodenum, au cas où l'état général du malade le permet, d'avoir recours à la résection et de ne pas se borner à la gastro-entéroanastomose seulement, qui donne des résultats bien inférieurs, étant donné que lors de la gastro-entéroanastomose se présente souvent le ulcus pepticum jejuni.